

apparaten einen tödlichen Streich. — Unter den unwissenden Ärzten sind zweierlei Pfuscher: Solche, die selbst Apparate benützen, ohne etwas von ihnen zu verstehen, andererseits solche, die zwar nichts zu verstehen vorgeben, aber ihre Patienten zu Handlangern schicken. Die ersteren können sich durch ernsthafte Beantwortung einer Reihe von Gewissensfragen über das eigene Können, die Auswahl von geeigneten Fällen, eine Vermeidung der Benützung eines Apparates für alle möglichen Krankheiten, sorgfältige Indikationsstellung usw. selbst davor bewahren, Pfuscher zu sein. Die zweite Kategorie, die die schlimmste Pfuscheri fördere, müsse ebenfalls durch gewissenhafte Selbstprüfung ausgeschaltet werden, die sich auf die Untersuchung, Verordnung und Überwachung der Behandlung beziehe. Um eine Besserung der Verhältnisse im allgemeinen herbeizuführen, müsse der Unterricht in der physikalischen Therapie ganz anders gestaltet werden. Der physikalische Therapeut müsse in den Krankenhäusern die gleiche Stellung zugewiesen erhalten, wie irgend ein anderer Spezialarzt. Die physikalische Abteilung dürfe nicht nur indirekt in Tätigkeit gesetzt werden und nur für die hoffnungslosen chronischen Fälle in Anspruch genommen werden. Die physikalischen Heilmaßnahmen müßten alle in einer Abteilung konzentriert werden und ein Arzt aus dem Krankenhausstab solle sich dafür spezialisieren. Sehr wirksam gegen die Flut würde die Einsetzung eines Komitees zur Prüfung der Ansprüche auf Herausbringung von Heilapparaten sein.

Neustätter (Schlachtensee).°°

Steinmeister, v.: Die notwendige Zusammenarbeit von Arzt und Polizei bei der Bekämpfung des Kurpfuschertums. *Med. Klin.* 1932 II, 1412—1414.

Während unsere lückenhafte Gesetzgebung bei der strafrechtlichen Verfolgung der Kurpfuscher leider sehr häufig versagt, gibt es nach Steinmeister einen anderen Weg, diesem Krebschaden entgegenzuwirken. § 14 des Pol.-Verw.-Ges. v. 1. VII. 1931 verpflichtet die Polizeibehörden, die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr von Publikum oder Einzelpersonen zu treffen.

Auf Grund dieser Ermächtigung ließ ein Polizeiverwalter bei einem Kurpfuscher, der einen Geisteskranken mit bedenklichen Folgen ganz töricht beraten, außerdem der Kaiserl. Verordnung zuwider Medikamente abgegeben hatte, das sämtliche zur Behandlung und Reklame verwendbare Material einschließlich aller Instrumente beschlagnahmen, wodurch die Tätigkeit des Mannes lahmgelegt wurde. Die Beschwerde dagegen blieb ohne Erfolg, trotzdem das Strafverfahren in derselben Sache bei unsicheren Zeugenaussagen mit Freispruch endete. Mitteilung des Tatbestandes durch den Polizeiverwalter an die Presse bewirkte, daß der Andrang zu dem Kurpfuscher nicht wieder einsetzte.

Verf. gibt daher den Ärzten den sehr wichtigen Rat, sich genaue Notizen über Fehlbehandlungen, evtl. Medikamentabgabe usw. von Seiten der Kurpfuscher zu machen unter Angabe glaubwürdiger Zeugen und dieselben nicht dem Staatsanwalt, sondern der Polizeiverwaltung zur Abwehr von Gefahr zu unterbreiten. *Klix* (Berlin).

Iokovleva, Élise: Étude sur la sorcellerie et la médecine populaire. (Hexerei und Volksmedizin.) *Arch. di Antrop. crimin.* 52, 580—592 (1932).

Das Kurpfuscherunwesen in Rußland nimmt, entsprechend dem kulturellen Tiefstand der russischen Bevölkerung, in dem Ausmaß und der Brutalität seiner Erscheinungsformen eine besondere Stellung ein und führt zu ganz unglaublichen Exzessen. Es mag als Beispiel einiges aus der geburtshilflichen Tätigkeit der russischen Kurpfuscher angeführt werden. „Eine Kranke erzählte mir, daß die Wehen seit über drei Tagen ohne Resultat anhielten. Der Kurpfuscher half ihr folgendermaßen: er band die zwei Räder eines Wagens zusammen, indem er einen Stock durch die Achsen steckte, und legte die Frau auf die Räder, an denen er sie mit Handtüchern festband; er rollte sie hin und her, so daß Kopf und Füße den Fußboden berührten. Als nichts kam, hing er sie an der Decke auf, mit dem Kopf nach unten. Da fühlte sie, daß sich inwendig etwas bewegte, und sie schrie, daß sie entbinden würde; sie wurde auf den Fußboden gelegt und gebar einen lebenden Knaben und erholte sich bald. Sie war gegen „ihren Retter“ des Dankes voll.“ „Eine bekannte Kurpfuscherin führte in den ersten Monaten der Schwangerschaft eine Hand in die Gebärmutter ein und mit der anderen knetete sie von außen, bis Blut kam. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft legte sie ihr Opfer auf eine harte Bank und kniete sich auf ihren Bauch und drückte mit aller Kraft die Gebärmutter so lange zusammen, bis Blut und Wasser kam.“ *Lanke* (Leipzig).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Molineus: Die Berücksichtigung alter Leiden und Gebrechen bei der Schadensregelung für Unfälle in der deutschen Unfallversicherung. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) *Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrhk.* 113—125 (1931).

Verf. bespricht die Berücksichtigung alter Leiden und Gebrechen bei der Schaden-

regelung für Unfälle in der deutschen Unfallversicherung und kommt zu folgenden Forderungen. Da der Verletzte oft schon vor dem Unfall seine volle Erwerbsfähigkeit nicht mehr besitzt, sind gesetzliche Bestimmungen nötig, die auch bei den gewerblichen Arbeitern eine Kürzung des Jahresarbeitsverdienstes zulassen, analog den Bestimmungen für die landwirtschaftlichen Arbeiter. Andernfalls müßten ausgedehnte Rentenkürzungen erfolgen, sofern der Endzustand nicht ausschließlich Folge des Unfalles ist, sondern dieser wesentlich durch den Zustand vor dem Unfall mitbestimmt wird. Eine Kürzung wegen eines krankhaften Zustandes vor dem Unfall soll das Heilverfahren unberührt lassen. Auch bei Anlegung eines milden Maßstabes muß doch einer Erwerbsbeeinträchtigung vor dem Unfall Rechnung getragen werden, auch der Tatsache, daß die Unfälle durch das vor ihnen bestehende Leiden wesentlich schlimmer in die Erscheinung getreten sind. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die hierzu ohne weiteres in der Lage sind, sollen jedenfalls gestaffelte Jahresarbeitsverdienste einführen. Nur wirklich manifeste Krankheiten oder Gebrechen, die wirklich unwiderruflich einen Teil der Arbeitskraft vernichtet haben, sollen bei der Kürzung berücksichtigt werden. Gleiches gilt von den Berufskrankheiten, die versicherungsrechtlich den Unfällen gleichgesetzt worden sind. Auch muß es ärztlicher Entscheidung überlassen bleiben, welcher Anteil einer vorhandenen Arbeitsunfähigkeit der Berufskrankheit als solcher zuzusprechen ist und welcher Anteil sonstigen Gebrechen. Die Entschädigung müßte auch in diesen Fällen dementsprechend gekürzt werden.

Ziemke (Kiel).

Pometta, Daniele: L'influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail. (Der Einfluß des Vorzustandes auf die Unfallfolgen und Arbeitskrankheiten.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrkh. 126—141 (1931).

Pometta betont in seinem Referate, welches er bei dem 6. internationalen Kongresse für Unfälle und Berufskrankheiten in Genf vortrug, die Wichtigkeit des Gesundheitszustandes vor einem Unfall bzw. vor Einwirkung einer beruflichen Schädigung bei der Begutachtung. Dieser „Vorzustand“ soll berücksichtigt werden, wenn er die Folgen des Unfalles verschlimmert, indem die Geldleistungen entsprechend gekürzt werden. Die Kosten für die Behandlung der Verletzung sollen voll und ganz zu Lasten der Unfallversicherung bleiben. Gegen diese Kürzung solle sich der Versicherte anderweitig bei Krankenkassen oder besonderen Versicherungen selbst versichern können. Die Bestimmungen des Art. 91 des schweizerischen Gesetzes tragen nach P. allen Umständen genügend Rechnung und können als gesetzliche Grundlage zur Regelung dieser Frage dienen. Mit Recht wendet sich P. gegen den Standpunkt, bei Unfallfolgen immer mit einem „alles oder nichts“ entscheiden zu wollen, denn hier könne das „summa jus“ zu einer „summa injuria“ führen.

Kalmus (Prag).

Tovo, Camillo: Influenza dello stato anteriore negli esiti degli infortuni e delle malattie del lavoro. (Einfluß des früheren Zustandes auf den Ausgang der Betriebsunfälle und Berufskrankheiten.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrkh. 146—172 (1931).

Bei Unfällen ist zu berücksichtigen, ob vorher bestehende Krankheiten, krankhafte Veränderungen u. ä. als „mitwirkende Ursachen“ (concausa) zur Entstehung des Unfalles mitgewirkt bzw. die Unfallfolgen verschlechtert haben. Unter „concausa“ wird aber auch die Verschlechterung einer bestehenden Krankheit, z. B. einer Tuberkulose, infolge eines Unfalles verstanden. Als nicht dazugehörig gelten die Fälle, in denen ein Unfalltrauma die vorher bestehende Krankheit lediglich zur Erscheinung brachte oder ihr Eintreten beschleunigte. Um die Aufgabe des Gutachters zu erleichtern, schlägt Verf. die Aufnahme einer Bestimmung vor entsprechend dem Art. 91 des Schweizerischen Gesetzes, nach welchem die Entschädigungen eine prozentuale Herabsetzung erleiden, wenn „die Krankheit, die Invalidität oder der Tod nur zum Teil die Folge eines Unfalles sind“. Erleidet ein bereits infolge eines Unfalles teilweise

Arbeitsunfähiger erneut durch einen Unfall eine Einbuße seiner Arbeitsfähigkeit, so ist zu unterscheiden, ob die neu hinzugekommene Schädigung dasselbe Organsystem betrifft wie die vorhergegangene oder verschiedene, die einander jedoch bei der Arbeitsleistung mehr oder minder funktionell beeinflussen (z. B. Gesicht und Gehör) oder schließlich, ob es sich um verschiedene und einander nicht beeinflussende Organsysteme handelt. In den beiden ersten Fällen empfiehlt sich die Bewertung des Schadens nach der Formel von Gabrielli: D (der zu entschädigende Schaden) = $\frac{c-c'}{c}$, wobei c die Arbeitsfähigkeit vor, c' diejenige nach dem letzten Unfall darstellt. Abzulehnen ist die Meinung derer, die jeden erschwerenden Einfluß der vorhergehenden Schädigung leugnen; ebenso auch die Berechnung durch Summierung der früheren und der gegenwärtigen Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Für den Einfluß des früheren Zustandes auf Berufskrankheiten gelten dieselben Unterscheidungen und Bewertungsprinzipien wie für die Betriebsunfälle.

Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Prosperi, Gino: Contrasti e rimedi nella valutazione della concausa di danno da infortunio del lavoro e da malattia professionale. (Gegensätze und Hilfsmittel in der Bewertung der Ursachen, die bei einer durch Betriebsunfall und Berufskrankheit entstandenen Schädigung mitgewirkt haben.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrkh. 177—182 (1931).

Da die Berechnung der Gesamtentschädigung durch Summierung der Einzelentschädigungen zu schweren Unstimmigkeiten geführt, hat die Gesetzgebung verschiedener Länder sowie einzelne Autoren (Bathazard, Gabrielli) andere Berechnungsarten herangezogen, die auf einer stärkeren oder schwächeren Verringerung der Gesamtentschädigung beruhen. Verf. schlägt eine Bestimmung entsprechend dem französischen Kriegsinvalidengesetz von 1916 vor, die auf einer Koordination zwischen Unfallversicherung und Invaliditäts- und Altersversicherung basiert.

Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Schumacher, Willy: Gutachten für das Oberversicherungsamt. Med. Welt 1932, 1624.

Im § 1681 der Reichsversicherungsordnung wird bekanntlich bestimmt, daß auf Antrag ein bestimmter Arzt gutachtlich zu hören ist, wenn der Antragsteller die Kosten vorschießt. Nach der Rechtsprechung des RVA. ist diesem Antrag selbst dann stattzugeben, wenn durch das Gutachten keine Änderung der Sach- und Rechtslage zu erwarten ist; ja, die gutachtliche Hö rung eines bestimmten Arztes ist sogar erforderlich, wenn dieser sich bereits auf Veranlassung eines Versicherungsträgers geäußert hat, aber eine Klärung des ursächlichen Zusammenhangs unterlassen hat. Eine Einschränkung dieser Bestimmung ist nach neuerlicher Rechtsprechung möglich, wenn 1. die Benennung nicht im Rahmen einer zweckentsprechenden Rechtsverfolgung des Versicherten oder der Hinterbliebenen liegt, sondern die Absicht der Verschleppung zutage tritt; 2. wenn die Vernehmung des als Gutachter benannten Arztes nach seinen Bekundungen als erschöpfend anzusehen ist; 3. wenn die Entscheidung von einer bestimmten Rechtsfrage abhängt. Die Nichtbeachtung der Vorschrift des § 1681 stellt aber einen wesentlichen Mangel des Verfahrens dar, der eine Nachprüfung durch das RVA. rechtfertigt. Daher wird der Arzt sich dafür einsetzen müssen, daß eine Nachprüfung durch das RVA. stattfindet, die letzten Endes zu einer Vernehmung des benannten Arztes führt. Die Vorschrift aus § 1681 gilt übrigens auch im Rekursverfahren. Ziemke.

Gausseil: La fixation du taux d'incapacité dans les certificats médicaux. (Die Abschätzung der Erwerbsbeschränkung in ärztlichen Zeugnissen.) Paris méd. 1932 II, 427—429.

Ein ärztliches Zeugnis für Zwecke der Sozialversicherung soll erkennen lassen: Art der Verletzung oder Krankheit und Dauer ihrer Folgen, Dauer der Erwerbsbeschränkung und evtl. den Zeitpunkt, an welchem sich die erwerbsbeschränkenden Folgen genau abschätzen lassen. Diese Abschätzung kann der behandelnde Arzt unbedenklich vornehmen in solchen Fällen, in denen es sich um eindeutige Verletzungsfolgen handelt, z. B. Amputationen. Hier wird meist ein definitiver Zustand beurteilt. Der behandelnde Arzt ist aber in schwieriger Lage, wenn im Anschluß an eine Ver-

letzung mehr subjektive, funktionelle Folgen, wie Lähmungen, Schwächegefühle oder Schmerzen angegeben werden. Dann sollte er die Abschätzung der Erwerbsbeschränkung nicht selbst übernehmen; denn 1. bleibt der behandelnde Arzt, wenn die Unfallfolgen anfangs eine schlechte Prognose geboten haben, auch bei einer Wendung zum Bessern leicht unter dem ersten ungünstigen Eindruck. Es besteht dann die Gefahr, daß der Patient die Situation ausnutzt und pekuniäre Vorteile daraus zieht; 2. kann es dem behandelnden Arzte, auch wenn er sich nicht beeinflussen läßt, das Ansehen bei seinem Patienten kosten, wenn er eine hohe Erwerbsbeschränkung bescheinigt hat, bald danach eine wesentliche Besserung eintritt und die folgende amtsärztliche Untersuchung nur noch eine geringe Erwerbsbeschränkung ergibt. Der behandelnde Arzt ist, auch beim besten Willen, ein schlechter Richter, und schätzt die Erwerbsbeschränkung oft höher ein als der Amtsarzt. Diese Meinungsverschiedenheiten können für die beteiligten Ärzte unangenehm sein und beim Verletzten den Glauben erwecken, als vertreten die Amtsärzte die Interessen der Arbeitgeber und Versicherungsgesellschaften und als sei der behandelnde Arzt der natürliche Vertreter der Interessen des Verletzten. Gelegentlich kommt eine ungewöhnlich hohe Abschätzung der Erwerbsbeschränkung durch diagnostische Irrtümer vor. In einem Falle hatte der behandelnde Arzt nach einer unbedeutenden Schulterkontusion einen Bruch des Schulterblattes diagnostiziert. Die Röntgenuntersuchung ergab, daß kein Bruch vorlag. In einem anderen Falle nahm der behandelnde Arzt für einen angeblichen Bruch des Brustbeins nach Thoraxkontusion eine dauernde Erwerbsbeschränkung von 60% (!) an. Die klinische Nachuntersuchung ergab, daß es sich um eine angeborene Mißbildung im oberen Teile des Brustbeins handelte. Verf. bestreitet den behandelnden Ärzten weder bei der Bescheinigung von Unfallfolgen noch bei der Untersuchung Kriegsbeschädigter nach dem Pensionsgesetz vom 31. III. 1919 das Recht, die Erwerbsbeschränkung abzuschätzen, rät ihnen aber, auf dieses Recht zu verzichten. *Böhmer (Kiel).*

Riecke, Heinz-Gerhard: Ergebnisse mit dem Muckschen Adrenalin-Sonden-Ver-such bei Schädel-Hirn-Unfallverletzten. (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh., Kiel.*) Passow-Schaefers Beitr. **30**, 298—321 (1932).

Verf. hat 100 Unfallverletzte untersucht und dabei 25mal das weiße Strichphänomen beobachtet. Ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Schwere des Traumas und Ausfall des A.S.V. konnte er nicht feststellen, auch fand er nicht immer eine Übereinstimmung des positiven Ausfalls mit der Verletzungsseite. Wie Muck u. a. fand Verf. bei Gesunden stets normalen Ausfall der Reaktion. Der positive Ausfall der A.S.V. soll daher stets der Wegweiser nach dem Suchen einer organischen Ursache (Hirnschädigung, Lues, Vasoneurose usw.) sein. Der negative Ausfall besagt nichts und gibt uns keine Berechtigung Unfallfolgen abzulehnen. Der A.S.V. soll als Hilfsmittel zur Diagnose betrachtet werden, seine Auswertung von den gesamten klinischen Untersuchungsergebnissen abhängig gemacht werden. *Joh. Koch (Halle a. d. S.).*°°

Müller-Hess und Wiethold: Aus dem Gebiete der Versicherungsmedizin. Jkurse ärztl. Fortbildg **23**, H. 9, 54—76 (1932).

Die Verff. suchen in dem recht lesenswerten Sammelreferat über die Begutachtung der Unfallneurotiker die durch die neuere Rechtsprechung gegebenen Gesichtspunkte für den ärztlichen Gutachter klar und scharf herauszuarbeiten, und das ist ihnen zum großen Teil in glücklicher Weise gelungen. Sie weisen eingangs darauf hin, daß sich vielfach die Meinung gebildet hat, als ob die Unfallneurose vom RG. im Gegensatz zur Praxis des RVA. generell als entschädigungspflichtige Unfallfolge anerkannt würde, was ebenso irrig ist, wie die andere Meinung, daß nach der Entscheidung des RVA. in der sozialen Unfallversicherung jede Unfallneurose von vornherein abgelehnt werden muß. Der Unterschied zwischen den beiden Anschauungen besteht im wesentlichen darin, daß das RVA. die reine Rentenkampfneurose von der Entschädigungspflicht auszuschließen sucht, das RG. aber auch eine Prozeßneurose als Unfallfolge anerkennt, wenn sie im Zusammenwirken von Unfall, Anlage und anderen Umständen entstanden

ist. Die Unfallneurose ist im rechtlichen Sinne eine Krankheit, die auch Erwerbsminderung bedingen kann, wenn die Störung des Arbeitswillens ihren Grund nicht in dem bewußten Willen der Versicherten hat, sondern wenn sie innerlich von ihrer Leistungsunfähigkeit überzeugt sind. Der letztgenannte Umstand trifft fast für alle Unfallneurotiker zu. Ob die Unfallneurose auf einer entsprechenden neuropathischen oder psychopathischen Veranlagung beruht, ist rechtlich fast belanglos, da der Unfall lediglich wesentliche Teilursache zu sein braucht. Die Frage der Entschädigungspflicht einer Unfallneurose spitzt sich in der Regel darauf zu, ob zwischen den nervösen Erscheinungen nach dem Unfall und diesem ein adäquater ursächlicher Zusammenhang im Rechtssinne besteht. Dies wird nach der grundsätzlichen Entscheidung des RVA. und nach neuesten Urteilen des RG. näher untersucht. Nach der Auffassung des RVA. scheiden diejenigen nervösen Störungen aus, die lediglich ihren Grund in der Vorstellung des Versicherten haben, krank zu sein, und diejenigen, welche wunschbedingt sind. Als echte Unfallfolgen mit begründetem Rentenanspruch haben dagegen die Schreckneurose und die echten Phobien zu gelten. Dabei wird darauf hingewiesen, daß wichtige Gesichtspunkte vom Gutachter häufig verkannt werden, z. B., daß es zu einer Schreckneurose gar nicht kommen konnte, weil eine Gehirnerschütterung eingetreten war, bei der infolge der damit verbundenen Bewußtlosigkeit eine plötzliche extreme Schreckwirkung mit der Vorstellung drohender Lebensvernichtung nicht aufkommen konnte. Nicht genügend gewürdigt wird auch vielfach die Erfahrung, daß Schreckneurose und Phobie nur in den seltensten Fällen für längere Zeit die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt und daß beide mit der Länge der Zeit in ihrer Wirkung abnehmen, während die durch das Entschädigungsverfahren entstandenen nervösen Störungen mit der Dauer des Verfahrens sich zu steigern pflegen. Freilich kann auch der ungünstige Einfluß des Entschädigungsstreites als Teilursache ursächlich in Betracht kommen, wenn z. B. der Versicherte durch den schwerfälligen Versicherungsapparat bei einem Kostenerstattungsstreit trotz Wiederherstellungswillen und Arbeitswilligkeit nicht rechtzeitig in die notwendige Behandlung kam und dadurch die Ausheilung der Unfallfolgen verzögert wurden. Nach der Auffassung des RG. ist eine Unfallneurose dann als Folge eines voraufgegangenen Unfalls anzusehen, wenn der Unfall zu einer seelischen Erschütterung, zu einem „psychischen Shock“ geführt hatte, der aus den näheren Umständen des betreffenden Ereignisses, der Persönlichkeit des Verletzten und den ersten Erscheinungen zu ermitteln ist, mit denen der Verunfallte darauf reagiert hat. Daraus folgt, daß Unfallfolgen keineswegs damit widerlegt werden können, daß ausgeführt wird, durch den Unfall habe eine ernsthafte Schädigung überhaupt nicht stattgefunden, die nervösen Erscheinungen seien nur Nachwirkungen des ausgestandenen Schreckens. Resterscheinungen des Unfallereignisses und ähnlicher psychischer Faktoren. Die entscheidende Bewertung des seelischen Shocks durch das RG., das zweifellos die Wirkung einer einmaligen seelischen Erschütterung bei weitem überschätzt hat, hat begreiflicherweise in ärztlichen Kreisen lebhaftes Bedenken hervorgerufen. Für die Begutachtung der Unfallneurotiker nach der Auffassung des RG. lassen sich zweckmäßig einige Gruppen von schädigenden Umständen in ihrer ursächlichen Bedeutung unterscheiden, so neben dem Anlagefaktor und den Wirkungen des psychischen Shocks auch der ungünstige Einfluß des Prozeßverfahrens. Der Standpunkt des RG. ist in dieser Beziehung klarer und unanfechtbarer, als der des RVA.; er erkennt den schädigenden Einfluß des Prozeßverfahrens als wesentliche Teilursache durchaus an, freilich nur unter ganz bestimmten Bedingungen, so z. B., wenn der Verletzte bei Geltendmachung berechtigter Forderungen zum Klagewege gezwungen wird und dadurch eine Verschlimmerung seines Unfalleidens sich zuzieht; anders bei einer reinen Entschädigungsneurose, wo das Unfallereignis als ursächlicher Faktor ausfällt und lediglich die Vorstellung, Haftansprüche zu haben, krankmachend wirkt. Eine Reihe von schädlichen Einflüssen hängen zwar auch mit dem Gerichtsverfahren zusammen, müssen aber nicht notwendig mit ihm verbunden sein. Von größter Be-

deutung ist hier das unbillige und hartnäckige Verfechten übertriebener Ansprüche durch den Kläger selbst und die schädliche Beeinflussung seines Vorstellungslebens durch dritte Personen, z. B. durch Angehörige, aber auch durch Rechtsanwälte und Ärzte, deren Polypragmasie die Verunfallten in der Annahme schwerer Unfallschädigung bestärken und dadurch schädigen kann. Der Kernpunkt der Entschädigungspflicht bei den Unfallneurosen liegt gewöhnlich in der Frage, ob der Kläger die schädigenden Vorstellungen, welche Ursache der nervösen Störungen sind, bei einer ihm zumutbaren Willensanstrengung unterdrücken kann und, falls nicht, ob diese Willensschwäche dann Unfallfolge ist, hervorgerufen durch den psychischen Shock des Unfallereignisses. Die Frage enthält einen Komplex schwieriger psychologischer Elemente, deren Analyse schwer ist. Handelt es sich um überwertige Ideen, so wird die Möglichkeit einer Befreiung von ihnen durch den guten Willen des Nervösen verneint werden müssen; macht der Untersuchte den Eindruck, daß er selbst nicht von der Echtheit und Schwere seiner Unfallnervosität überzeugt ist, kann man nachweisen, daß der Verunfallte körperliche Erscheinungen, die als vermeintliche Unfallfolgen demonstriert werden, in unbeobachtetem Zustand unterdrücken kann oder bei Ablenkung der Aufmerksamkeit zu demonstrieren vergißt, so ist die Entscheidung nicht zweifelhaft. Bei einer näheren Erörterung der Rechtslage in bezug auf die Unfallneurose ergibt sich, daß sich eine weitgehende Annäherung der Auffassung des RVA. und des R.G. angebahnt hat und daß die Meinung falsch ist, der Unfallneurotiker, auch der mit unbilligen Forderungen prozessierende, habe vor den ordentlichen Gerichten einen viel günstigeren Stand, als vor den Spruchkammern der sozialen Unfallversicherung. — In einem zweiten Abschnitt wird von den Verf. der Krankheitsbegriff in der Privatversicherung näher erörtert, der sich wesentlich von dem in der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung unserer Sozialversicherung unterscheidet. Während die soziale Gesetzgebung die Gesundheit des arbeitenden Volkes, insbesondere die Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Berufsfähigkeit bezweckt, hat die private Krankenversicherung lediglich den Schutz des einzelnen vor den wirtschaftlichen Schädigungen einer Krankheit als eines irgendwann vielleicht einmal eintretenden Ereignisses zum Ziele, sie bildet also eine rein individuelle Gefahrenversicherung, bei deren Leistungspflicht es entscheidend darauf ankommt, wann die Krankheit entstanden ist. Abgesehen von Unfällen und Infektionskrankheiten ist das nicht immer leicht zu entscheiden. Die Entscheidungen der Gerichte schwanken hier zwischen der rein objektiven und rein subjektiven Krankheitsauffassung. Für den Arzt bietet die von Fraenckel vorgeschlagene Anwendung des Risikogedankens in möglichst objektiver Weise sinngemäß auf die Krankenversicherung einen gangbaren Weg, um zum Ziele zu kommen. Nur jene Leiden dürfen als alte, d. h. nicht in die Versicherung einzubeziehende gelten, deren Grundlage zweifellos vor dem Versicherungsabschluß bestanden hat, die aber gleichzeitig nach ihrer Natur und ihrer Entwicklung von der vorhandenen Anlage aus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem „Schaden“ im Sinne der Versicherung, also zu einem Zustand der Arbeitsbeeinträchtigung und Behandlungsbedürftigkeit führen mußten. Nicht als alte haben dagegen jene Krankheiten zu gelten, deren pathologisch-anatomischer oder physiologischer Ausgangspunkt zwar aller Wahrscheinlichkeit schon bei dem Vertragsabschluß bestanden hat, bei denen aber die Gefahr gering einzuschätzen war, daß sie als Krankheit im alltäglichen Sinne zum Versicherungsfall führen würden. (Fraenckel, vgl. diese Z. 17, 157.)

Ziemke (Kiel).

Misdorf, H.: Pathologisch-anatomischer und unfallrechtlicher Beitrag zur traumatischen Spätapoplexie. (Städt. Path.-Hyg. Inst., Chemnitz.) Ärztl. Sachverst.ztg 38, 267—275 (1932).

Nach einer Übersicht der historischen Entwicklung des Begriffes „Apoplexie“ und der Wandlung der Lehre von der traumatischen Spätapoplexie schildert Verf. einen von ihm untersuchten Fall eines 23jährigen Mädchens.

Etwa 3 Wochen nach einem Sturz mit der Kopfseite gegen einen Ladentisch mit leichter

Verletzung über dem rechten Ohr erkrankte Patientin plötzlich mit Erbrechen, „plötzlichen Kopfstichen und Exitus innerhalb von 10 Minuten“. Bei der Obduktion (Prof. Staemmler) ergab sich eine kleimandarinengroße Blutung in der Rinde und Mark der rechten Kleinhirnhälfte mit Erweichung des umgebenden Gewebes bei sonstiger Unauffälligkeit der Gefäße. Die mikroskopische Untersuchung zeigte aufschlußreiche Veränderungen: „Das ganze Blutungsgebiet ist durchsetzt von einem Konvolut ungewöhnlich großer Blutgefäße“, die selbst bei einem Kaliber von 2 mm nicht erkennen lassen, ob es sich um Venen oder Arterien handelt. Die Gefäßwand ist ungleichmäßig dick und besteht in der Hauptsache aus hyalinem, in den äußeren Bezirken kernarmem, innen kernreichem Bindegewebe. Einzelne Stellen sind auffallend dünn, stellenweise auch völlig verschlossen, hyalinentartet mit Hämosiderinablagerungen. Verf. hält das ganze für eine angeborene Gefäßdysplasie „zum mindesten im Blutungsbezirk“ in Form eines Angioms.

Obwohl Zeichen einer Verletzung oder sonstigen Folgen des vorangehenden Anfalles bei der Leichenöffnung nicht zu erkennen waren, glaubt Verf. den Zusammenhang mit dem Unfall im positiven Sinne beantworten zu können. Hierfür spräche, daß das Mädchen früher niemals Beschwerden hatte und das Bestehen von „Brückensymptomen“ (Kopfschmerzen) seit dem Unfall. Auch die mikroskopischen Anzeichen früher stattgehabter Schädigungen (entzündliche Zeichen, Eisenablagerung) nimmt Verf. für seine Anschauung in Anspruch, da die früheren Schädigungen zur Ausheilung gekommen sind, die tödliche Blutung dagegen auf den Unfall zurückzuführen wäre. In einem 2. Falle ereignete sich unmittelbar nach einer Aufregung (Familienzwist) bei einem 9jährigen Knaben eine in 3 Stunden tödlich endende Gehirnblutung. Die Rupturstelle konnte mikroskopisch in einer hypoplastischen, mittelgroßen Arterie gefunden werden (Prof. Staemmler). Hier wäre aber eine Entschädigungsfrage negativ zu beantworten, denn ein Familienzwist ist kein „Unfall“ und für die Gefäßruptur die abnorme Gefäßveranlagung zu verantworten wäre. Die pathogenetische Auffassung scheint den Verf. selbst nicht zu befriedigen und leitet seine Auffassung bei der theoretisch erörterten Frage der Entschädigung aus dem Begriff des „Unfalls“ ab.

Schwarz (Berlin).

Riese, Walther: Zur versorgungs- (versicherungs-) rechtlichen Bedeutung der multiplen Sklerose. (Mitteilung neuer, unveröffentlichter Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts.) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 225—228 (1932).

Aus Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts hebt Verf. folgendes hervor: Einwirkungen des Heeresdienstes werden ganz allgemein als ein den Versorgungsanspruch begründender Umstand angesprochen, wenn es sich um „erhebliche Einwirkungen“ und einen zeitlich erkennbaren Zusammenhang handelt. Eine Verschüttung wird als geeignet angesehen, eine multiple Sklerose auszulösen. Die multiple Sklerose wird ausdrücklich als Infektionskrankheit angesprochen. Das Reichsversorgungsgericht steht auf dem Standpunkt, daß die multiple Sklerose in gleicher Weise wie andere während des Krieges entstandene Infektionskrankheiten als durch den Kriegsdienst verursacht aufgefaßt werden müsse.

Kurt Mendel (Berlin).

Halpern, L.: Zur Frage einer traumatischen Entstehung Wilson-ähnlicher Zustände. (*Neurol. Abt., Krankenh. Moabit, Berlin.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 127, 229 bis 247 (1932).

Bei 2 Kranken, die früher gesund waren und auch erbggesund gewesen sein sollen, tritt nach einem Kopftrauma ein progressives Krankheitsbild auf, das sich zunächst in Wilson-artigen Hirnerscheinungen äußert, das eine Mal mehr in hyperkinetischen Symptomen, das andere Mal in einer Akinese, nachdem allerdings auch epileptische Anfälle vorwiegend subcortical tonischen Charakters vorgekommen waren. Nach Entwicklung der Gehirnerscheinungen kommt es dann auch zur Ausbildung einer Lebereirrhose mit vergrößerter Milz und Anämie, nur der Hornhautring fehlt. In einem Fall interessiert klinisch noch eine den Anfällen vorausgehende Hypothermie.

Verf. nimmt einen Zusammenhang des Wilson-Bildes mit den Traumen an; ein autoptischer Befund liegt bisher nicht vor. Verf. erörtert die Möglichkeiten der Entstehung von Leberstörungen nach einem Kopftrauma und bekämpft die Annahme eines Primats der Leberstörungen in der Genese der Hirnveränderungen; allerdings sei auch die Hirnstörung nicht rein der Leberaffektion übergeordnet, sondern es handelt

sich um ein System, das sich gegenseitig beeinflußt. In den traumatisch entstandenen Fällen wird die allererste Ursache für die Entwicklung des Wilson-Zustandes in einer cerebralen Regulationsstörung, welche die Leber in Mitleidenschaft zieht, gesucht.

F. Stern (Kassel).^{oo}

Körner, Eugen: Hysterie, Unfall oder Epilepsie? (*Inn. u. Röntgen-Abt., Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Regensburg.*) Dtsch. med. Wschr. 1932 II, 1401—1403.

30jähriger Patient leidet an epileptiformen Anfällen, die zunächst als hysterisch, dann von dem behandelnden Arzte als traumatische Epilepsie angesehen wurden (Patient war im Jahre 1924 aus 4—5 m Höhe abgestürzt und einige Zeit bewußtlos gewesen). Das Röntgenbild des Schädels ergab nun eine eigentümlich fleckige und wellige Zeichnung der Schädelkalotte als Ausdruck der infolge des vermehrten Drucks der Impressiones digitatae bewirkten Atrophie des Knochens (Kraniosinose) und demnach als Folge der intrakraniellen Drucksteigerung. Es handelt sich weder um eine traumatische noch um eine genuine Epilepsie; vielmehr um Anfälle, die lediglich nach Art der epileptischen verlaufen und in Wirklichkeit hervorgerufen sind durch zeitweilige Steigerung des von vornherein schon erhöhten Schädelinnendrucks. Dessen Ursache, also die eigentliche Ursache der Anfälle überhaupt, ist eine frühzeitige Entwicklungsstörung, die im vorzeitigen Verschuß der Schädelnähte besteht. Der Unfall ist wahrscheinlich Folge eines Anfalls, also kein Unfall im Sinne des Gesetzes. Ein Anspruch auf Entschädigung durch die Unfallversicherung ist unbegründet.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Minoviei, Mina, D. Paulian et I. Stanesco: Contribution à l'étude du parkinsonisme traumatique. Intérêt médico-légal. (Beitrag zum Studium des traumatischen Parkinsonismus. Forensisch-med. Bedeutung.) Ann. Méd. lég. etc. 12, 426—434 (1932).

Die Verff. berichten zuerst vorwiegend über die einschlägigen französischen und rumänischen Publikationen und teilen dann 2 Fälle mit, die offenbar sehr verschiedene Wertigkeit haben.

Im ersten handelt es sich um einen 32jährigen Mann, der Schußverletzungen allein in der Peripherie (Rücken, l. Bein) erlitten hat und 4 Monate später Parkinsonerscheinungen der linken Seite bekommt. Eine akute Enc. ist nicht nachzuweisen (aber natürlich auch nicht auszuschließen; Ref.); aber die Verff. meinen, daß die Rückwirkung (retentissement) des Traumas auf das Gehirn ganz evident (? Ref.) sei. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 19jährigen Maler, der eine schwere elektrische Verletzung der rechten Schädelseite erleidet, gleichzeitig durch Sturz schwere Komotion mit mehrtägiger Bewußtlosigkeit; später muß ein großer Teil der rechten Schädeldecke entfernt werden, die Hälfte der Kalotte fehlt; hier entsteht Parkinsonismus der linken Hand neben Jacksonanfällen der linken Seite, hier wird man den traumatischen Ursprung des lokalisierten Parkinsonismus (der sehr kurz geschildert ist) nicht bezweifeln.

Die Schlußfolgerung der Verff., daß gerade kleine Schädigungen schwere Hirnstörungen provozieren können, und daß man außer bei Epi, Meningitis, Abszeß auch bei Paralyse, Tabes usw. in einem vergessenen Schädeltrauma die Ätiologie finden wird, wenn alle anderen Krankheitsursachen ausgeschaltet sind, ist anfechtbar. *F. Stern*.^o

Burgerhout, H.: Der ursächliche Zusammenhang zwischen Trauma und Paralysis agitans und seine Bedeutung für die Unfallversicherung. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1932, 3364—3377 [Holländisch].

An Hand eines Falles von Paralysis agitans, als dessen Ursache i. J. 1910 eine unbedeutende Fraktur am Daumen angesehen wurde, weshalb der Kranke von 1914 bis 1931 eine Unfallrente bezog, werden die Änderungen in der Auffassung über die ursächliche Bedeutung eines Traumas (zentral oder peripher) für das Entstehen dieser Krankheit im Laufe einiger Jahrzehnte besprochen. Die Wahrheit von gestern bringt heute noch versicherungstechnische Schwierigkeiten. *Grewel* (Amsterdam).^o

Riese, Walther: Eine akromegale Erkrankung ungewöhnlicher Entstehung und ungewöhnlichen Verlaufs. (Zugleich ein Beitrag zur versorgungsrechtlichen Bedeutung dieser Erkrankungsform.) Schweiz. Arch. Neur. 29, 327—345 (1932).

Ausführliche Mitteilung des Falles. Die bestehenden akromegalen Wachstumsstörungen sind auf das als Dienstbeschädigung anerkannte Nasenleiden zurückzuführen; sie werden durch einen Gehirnprozeß der Hypophysengegend verursacht, der seinerseits von der Nasen- und Nebenhöhlenentzündung herrührt. Die akromegalen Erscheinungen sind daher als mittelbare Folge einer Dienstbeschädigung anzuerkennen. Eine Folge dieses Leidens sind auch gewisse seelische Störungen: erhöhte Erregbarkeit und Unlustgefühle; sie beruhen somit gleichfalls auf DB. 70% erwerbsunfähig.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Ruhemann, Konrad: Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit) und Betriebsunfall. Mschr. Unfallheilk. 39, 445—456 (1932).

Bei einem jungen Manne, der einen Nasenbeinbruch, Handverletzung und Hodensackverletzung erlitten hatte, wurden vom Verf. Erscheinungen ausgesprochener Myotonie festgestellt; der Zusammenhang des Leidens mit dem Unfall im Sinne der Abhängigkeit wurde mit Recht abgelehnt. Ein späterer Gutachter meinte, es könne eine Dystrophia myotonoides vorliegen, welche durch die Hodenverletzung ausgelöst wurde, da bei letzterer Erkrankung auch Hodenatrophie vorkommen (wobei aber der Gerichtsarzt vollständig übersieht, daß auch eine völlige Kastration niemals zu einer atrophischen Myotonie führt. Ref.). In späterer Begutachtung wurde dagegen die Diagnose der Thomsenschen Krankheit bestätigt und festgestellt, daß ihre Erscheinungen wahrscheinlich schon vor dem Unfall bestanden hatten. Zusammenhang danach abgelehnt. Außerdem bestanden wohl einige psychogene Auflagerungen.
F. Stern (Kassel).

Gonin, J.: Netzhautablösung und Unfallfolgen. (49. Zusammenkunft, Leipzig, Sitzg. v. 19.—21. V. 1932.) Ber. dtsch. ophthalm. Ges. 78—83 u. 124—134 (1932).

Gonin betont, daß weder von Leber noch von ihm die Netzhautrisse als Beweis für die traumatische Bestimmung der Netzhautablösung angeführt worden seien. Nach durchdringenden Verletzungen entsteht die Netzhautablösung als Unfallfolge entweder von der Narbe aus oder als hintere Abhebung unter Wirkung eines sichtbaren Stranges im Glaskörper. Beim plötzlichen Auftreten oder raschem Fortschreiten findet man manchmal auch bei diesen Ablösungen einen Riß. Traumatische Ablösung nach Quetschung des Auges tritt fast ausschließlich durch Abriß der Netzhaut an dem oberen Teile der Ora serrata auf. Die spontane Zerreißung der Netzhaut an der Ora serrata fand G. fast ausschließlich im temporalen und unteren Quadranten. Die Ränder der traumatischen Ablösung erscheinen unregelmäßiger. Mit Ammann, Cords, zur Nedden ist G. der Ansicht, daß indirekte Verletzungen (Erschütterungen des Kopfes, des ganzen Körpers) nur bei disponierten Augen eine Netzhautablösung verursachen können. Die nach indirekten Verletzungen entstandene Netzhautablösung zeigt keine objektiv nachweisbaren Besonderheiten. Die von G. vertretene Ansicht der Entstehung der Netzhautablösung gestattet nicht eine unbedingte Ablehnung des Zusammenhanges von indirektem Trauma und Netzhautablösung. Schon kleine Verschiebung der Glaskörpermasse im Augeninneren genügt manchmal zur Erzeugung eines Netzhautloches, daher die nicht seltene Beobachtung einer Ablösung nach Niesen, Husten. Von Bedeutung für das Urteil ist die Prädisposition und die Wahrscheinlichkeit, daß auch ohne das Trauma die Ablösung entstanden wäre. Nach dem Unfallversicherungsgesetz in der Schweiz und in Lichtenstein ist es möglich, die Abschätzung weniger schroff zu gestalten. Ist das Trauma allein die Ursache, so wird volle Entschädigung zuerkannt, ist es nur auslösende Ursache bei bestehender Disposition, so dürfen je nach den Verhältnissen die Heilungskosten und Lohn für 2 Monate zugesprochen werden. Spätere Rezidive (d. h. frische Rißbildung) beweisen den krankhaften Zustand des Auges und sind nicht mehr als Unfallfolge anzuerkennen. Zwei entsprechende Beispiele, in denen die Entscheidung in der ange deuteten Weise erfolgte, werden angeführt. — In der Aussprache betont Hesberg, daß mit Zunahme unserer Kenntnisse über die Entstehung der Netzhautablösung die Zahl der auf ein Trauma zurückgeführten Abhebungen immer geringer werden wird. Entsprechend der deutschen Unfallgesetzgebung muß nach wie vor eine Entscheidung verlangt werden über Schwere und Geeignetheit des Unfallgeschehnisses, den unmittelbaren Zusammenhang und die besondere Veranlagung des betreffenden Auges.
Jendralski (Gleiwitz).

Vierling: Die Seh- und Farbensinnprüfung. Z. Bahnärzte 27, 171—186 (1932).

Die Technik der Sehprüfung wird nicht ausführlich besprochen, nur hervorgehoben, daß nach jeder Augenverletzung eine genaue Sehprüfung und das Ergebnis aufgezeichnet werden soll, damit bei Unfallansprüchen darauf zurückgegriffen werden kann. — Nach kurzer Übersicht über das Wesen der Farbensinnstörungen erklärt Vierling die Untersuchungstechnik bei den einzelnen Proben (Nagel, Vierling, Stilling, Ishihara, Schiötz — Blinkfarbenlaterne). Keine der Pigmentproben, allein angewendet, wird in allen Fällen eine sichere Entscheidung gestatten. Die Anwendung mehrerer Proben aber, besonders ihre Ergänzung durch Prüfung mit dem Anomaloskop, setzt den Untersucher wohl immer in die Lage, ein bestimmtes Urteil abgeben zu können. Die praktische Prüfung, ob ein Prüfling die Signale auf der Strecke erkennt, lehnt V. ab, da eine solche Prüfung nicht allen Möglichkeiten gerecht werden kann. Sicherheit bietet nur ein normaler Farbensinn, daher wird eben dieser geprüft und nicht die Fähigkeit, Signale zu erkennen.
Jendralski (Gleiwitz).

Sandomir, Ja.: Eine bequeme Abänderung der objektiven Untersuchung der Simulation einseitiger Amaurose. Arch. Oftalm. 8, 655—658 (1932) [Russisch].

Im Anschluß an eine kurze kritische Betrachtung der bekannten Methoden zur Entlarvung der Simulation der monokularen Amaurose wird vom Verf. der folgende Kunstgriff besonders warm empfohlen. In eine Probierbrille wird vor jedem Auge je ein recht starkes Prismaglas (zusammen etwa bis 30°), Basis temporalwärts, eingesetzt, um eine genügend starke Diplopie hervorzurufen, die durch Muskelkontraktion nicht zu überwinden wäre. Darauf wird der Patient aufgefordert, ein Papierbällchen von der Hohlhand, die sich in der Mittellinie 60 cm entfernt vor ihm befindet, rasch wegzunehmen. Bei etwa vorhandener Simulation gelingt dies nicht, wobei manche Simulanten sich selbst ohne weiteres verraten, indem sie über Diplopie klagen. Die Methode erscheint besonders für Analphabeten, die die Untersuchung überhaupt sehr erschweren, geeignet.

Poleff (Kischineff).

Weicksel, M.: Simulation und Psychose. (Sächs. Heil- u. Pflgeanst., Waldheim.) Allg. Z. Psychiatr. 97, 458—471 (1932).

Inwieweit der Sachverständige bei klaren Simulationsbestrebungen zu Fehldiagnosen geführt werden kann, wird an einigen eindrucksvollen Beobachtungen gezeigt. Die Beurteilung des ersten Falles ließ schließlich an der Diagnose einer Schizophrenie keine Zweifel aufkommen, anfangs wurde jedoch infolge der anamnesticen Angaben über die psychopathische Minderwertigkeit und besonders infolge der belastenden Angaben des Kranken einem Mitpatienten gegenüber an eine Simulation gedacht. Erst nach Ablauf der 6wöchigen Beobachtungszeit konnte die Diagnose geklärt werden; eine Verlängerung der Beobachtungszeit sollte in solchen Fällen mit Berufung auf die Nichthaftfähigkeit angestrebt werden. Dieses Vorgehen bewährte sich auch bei dem zweiten der mitgeteilten Fälle, einem zur Beobachtung eingewiesenen Dieb, bei dem der Verdacht auf Simulation wegen einer früheren vorübergehenden Haftpsychose aufgetaucht war. — In einer kurzen Besprechung der psychogenen Hafterkkrankungen wird versucht, die hysterischen Haftreaktionen von den Simulanten zu trennen. „Der Begriff der Simulation verlangt, daß der Simulant jederzeit Herr der Situation ist und über der Situation steht.“ In der Heil- und Pflgeanstalt Waldheim waren unter 210 aus der Haft gekommenen Aufnahmen 62 Haftreaktionen, 90 Psychopathen, 23 Schwachsinnige, 22 Schizophrene, 9 Organische, 3 Manische und 1 Alkoholiker. Als Simulanten wurden 3 Fälle aufgefaßt, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden.

E. Herz (Frankfurt a. M.).

Kojeff: Pernokton-Dämmer Schlaf zur Enthüllung einer vorgetäuschten Lähmung des Plexus brachialis und Bewegungsstörung in sämtlichen Armgelenken. (Chir. Abt., Städt. Krankenanst., Königsberg i. Pr.) Arch. orthop. Chir. 31, 415—418 (1932).

Patient schlug beim Nieten mit der linken Schulter gegen eine Winkeleisenstrebte. Danach starke Schmerzen. Es wurde eine Verrenkung des Oberarms im Schultergelenk mit einem kleinen Einriß am Oberarmhals festgestellt, später auch eine Plexuslähmung. Darauf psychogene bedingte vollkommene Schultergelenkversteifung. Es wurde eine 100proz. Arbeitsunfähigkeit angenommen. Es wurde dann ein Pernokton-Dämmer Schlaf mit künstlich herbeigeführtem Erregungszustand durch Zugabe von etwas Alkohol ausgeführt. Im Unterbewußtsein hielt nun Patient den Arm in sämtlichen gewünschten Stellungen, ebenso sind sämtliche Funktionen aller Muskeln im Unterbewußtsein vorhanden; Patient hebt den Arm im Schultergelenk bis über die Horizontale, zieht ihn an, streckt und beugt den Unterarm und die Hand, hält verschieden große Gegenstände fest; die Kraft ist genügend, die Beweglichkeit im Schultergelenk völlig frei. Auch das jetzige Röntgenbild des Schultergelenks ist normal. Also: weder eine Schultergelenkversteifung nach Plexuslähmung, sondern bewußte Täuschung zur Erlangung einer Rente. Völlig arbeitsfähig. Durch das Ausführen des Pernokton-Dämmer Schlafs wurde der Kasse eine Summe von über 30000 Mark erspart. *Kurt Mendel (Berlin).*

Leppmann, Friedrich: Schuld oder Schuldlosigkeit bei Verkehrsunfällen. Ärztl. Sachverst.ztg 38, 284—287 (1932).

Verf. erklärt einleitend, daß er als ärztlicher Referent über ein Thema von großer Vielseitigkeit sich auf Erörterung der Frage beschränkt: Wie hat der Arzt gegebenenfalls die Schuld oder Schuldlosigkeit eines Angeklagten oder Beklagten bei Verkehrs-

unfällen zu begutachten. Er geht weiter vom „Typus des Angeschuldigten“, des Kraftfahrers, aus, mit dem Hinweis, daß das Gesagte sich leicht auch auf andere angebliche Verursacher von Verkehrsunfällen übertragen lasse. In der Voraussetzung, daß die objektive Veranlassung des Unfalls in der Person des Fahrers liegt, sind im wesentlichen 3 Typen zu unterscheiden: der Rücksichtslose, der Unaufmerksame, der Untüchtige. Zu den rücksichtslosen Fahrern stellen ein großes Kontingent die Alkoholisierten. In solchen Fällen ist zu begutachten, ob die Überschreitung der vertragbaren Alkoholmenge dem Führer als Schuld anzurechnen ist, aber auch zu berücksichtigen, daß ein reichlicher Alkoholgenuß bei Personen, die viel vertragen, die Fahrlässigkeit nicht ausschließt. Die Unaufmerksamkeit kann durch eine seelische und körperliche Erschöpfung im Augenblick des Unfalls gegeben sein, bei kurzen epileptischen Bewußtseinstörungen, insbesondere bei Arteriosklerose des Gehirns. Zu den Untüchtigen gehören Menschen, die durch ein körperliches oder seelisches Gebrechen dauernd unfähig geworden sind, ihr Gefährt so zu bedienen, wie es die Verkehrsverhältnisse verlangen; diese bieten der Begutachtung wenig Schwierigkeiten. Wichtiger ist das Versagen bei notwendigen Verrichtungen im gegebenen Augenblick, welches auf einer Nichtbeherrschung der geistigen oder motorischen Verrichtungen beruht. Hierzu gehören außer plötzlichen Krankheitszuständen gröberer Art Schreckwirkungen, ferner zu zwangsneurotischen Einstellungen neigende und zerfahrene und überhastete Nervöse.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Moede, M.: Schuld und Schuldlosigkeit bei Verkehrsunfällen. Ärtzl. Sachverst.ztg 38, 281—283 (1932).

In der Regel ist der Unfall eine Wechselwirkung der verschiedensten Umstände. Das Gefahrverhalten der Menschen kann gut und schlecht sein. Die gesamte Sachlage muß schnell in allen wesentlichen Bestandteilen erkannt und gewertet werden. Ist ein Schaden überhaupt nicht zu vermeiden, muß der geringere Schaden gewählt werden. Triebhafte Handlungen und Triebbewegungen machen mitunter jedwede Intelligenzhandlung unmöglich. Die Analyse des „Unfällers“ führt vielfach zu einem Verstehen seiner Unfallhandlung. So ergab in einschlägigen Fällen die Untersuchung außerordentlich große Blendungsfähigkeit; Unfähigkeit, gleichzeitig mehrere Dinge mit der erforderlichen Aufmerksamkeit zu beobachten und zu verfolgen; allzulange Reaktionszeit, die das schnelle und richtige Herauskommen aus Gefahrumständen unmöglich macht; schließlich auch Schäden in der Gesamtpersönlichkeit, in der Willens- und Charakterveranlagung wie Überheblichkeit des Draufgängertums, mangelndes Verantwortungsgefühl, innere Ängstlichkeit. Entsprechend der geltenden Rechtsprechung sind viele Unternehmungen dazu übergegangen, um ihrer Sorgfaltspflicht bei der Personalauslese hinreichend zu genügen, die Fahrer ärztlich und psychotechnisch untersuchen zu lassen. Die Unfälle werden zurückgehen, wenn ungeeigneten Personen der Führerschein entzogen wird bzw. wenn sie überhaupt nicht zu einer fahrttechnischen Ausbildung kommen.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Kleffel, Werner: Schuld oder Schuldlosigkeit bei Verkehrsunfällen. (Voraussehbarkeit — mangelnde Geistesgegenwart — Schrecksekunde.) Ärtzl. Sachverst.ztg 38, 309—318 (1932).

Vgl. diese Z. 20, 1 (Orig.).

Stern, R.: Unfall und Arteriosklerose. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 202—203 (1931).

Die traumatische Entstehung der Arteriosklerose ist sicher selten, aber nicht von vornherein abzulehnen. Ungewöhnliche Erschütterungen begrenzter Gefäßprovinzen können isolierte Gefäßschädigungen im Sinne der Arteriosklerose hervorrufen. Auch eine Verschlimmerung einer schon vorhandenen Arteriosklerose durch Traumen, speziell auch psychische Traumen, kommt vor, ebenso eine essentielle Hypertension nach Traumen, zumal Schädeltraumen. Daher ist häufige und wiederholte

Blutdruckmessung bei gewissen Unfallkranken nötig. Jeder solcher Begutachtungsfall muß individuell betrachtet werden.

G. Strassmann (Breslau).

Horn, Paul: Perforation eines Aortenaneurysmas Unfallfolge? *Med. Klin.* 1932 II, 1538—1539.

Luische Aortenaneurysmen können nach allgemeiner Erfahrung durch direkte und indirekte Traumen, insbesondere durch schwere Brustkorbquetschungen oder Allgemeinerschütterung verschlimmert oder zum Bersten gebracht werden. Eine traumatische Verschlimmerung ist aber nur dann anzunehmen, wenn alsbald nach dem Unfall Reaktionserscheinungen klinischer Art als Brückensymptome auftreten, so Druckgefühl und Beklemmungsgefühl sowie schmerzhaftes Brennen oder andere abnorme Empfindungen im Brustraum, oder wenn der Obduktionsbefund bestimmte Anhaltspunkte für eine Unfallschädigung der Aneurysmawandung ergibt.

Verf. teilt einen Fall mit, wo 9 Tage nach dem Auftreffen einer Hacke auf die Lenden-Kreuzbein-Gegend bei einem alten syphilitischen Aortenaneurysma eine Verschlimmerung derart eintrat, daß der Tod durch Perforation eintrat. Die Frage, ob die Perforation vorzeitig durch den Unfall veranlaßt war, beantwortete er verneinend. Ein schweres Trauma hatte nicht vorgelegen, wenn auch eine gewisse Allgemeinerschütterung mit psychischer Alteration vorgelegen haben mag. Klinisch fehlten charakteristische Brückensymptome, wie Druckgefühl, schmerzhaftes Brennen auf der Brust u. ä., die unmittelbar auf eine durch den Unfall bewirkte Verschlimmerung des Aneurysmas hindeuten konnten. Die geklagten Rückenschmerzen genügten als sicherer und eindeutiger Beweis für die traumatische Verschlimmerung, zumal sie durch die Quetschung der Weichteile sich erklären ließen. Auch der anatomische Befund gab keinen Anlaß für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs. Eine Unfallschädigung der Aortenwand in Form eines teilweisen Einrisses hätte sich durch Unterwühlung der Wandschichten zu erkennen geben müssen. Endlich hatte der Verstorbene eine ihm durchaus geläufige Arbeit geleistet, die nicht über das betriebsübliche Maß hinausgegangen war. Es mußte nach alledem eine sog. Spontanruptur, d. h. ein Bersten des Aneurysmas aus inneren Gründen des Krankheitsprozesses angenommen werden, wobei die Mitwirkung eines äußeren Unfallereignisses nicht als wahrscheinlich angesehen werden konnte. *Ziemke.*

Olshausen, W.: Leukämie — Folge eines schweren Unfalles? (*Inn. Abt., Bezirkskrankenlh., Neuenbürg, Württemberg.*) *Med. Klin.* 1932 II, 1358.

Verf. berichtet über einen Fall von schwerem Trauma, mit Beschädigung von Rücken und Bauchorganen und Bruch eines Lendenwirbels. Allmählich entwickelte sich innerhalb 4 Monaten eine myeloische Leukämie. Nach 3 Jahren trat der Tod ein. Keine Sektion. Ist die Leukämie Folge eines Traumas? Verf. gesteht, daß ein absolut sicherer Zusammenhang überhaupt nicht beweisbar ist. In diesem Falle ist es nicht möglich, die Entstehung der Leukämie und damit die Todesursache als Unfallsfolge zurückzuweisen. *J. P. L. Hulst.*

Lehmann, K. B.: Ist Grund zu einer besonderen Beurteilung wegen des Auftretens von Lungenkrebs bei Chromatarbeitern vorhanden? (Mit Bemerkungen über die Häufigkeit des Lungenkrebses überhaupt.) (*Hyg. Inst., Univ. Würzburg.*) *Zbl. Gewerbehyg., N. F.* 9, 168—170 (1932).

Der bekannte Gewerbehygieniker K. B. Lehmann (Würzburg) betont zunächst auf Grund der statistischen Untersuchungen, daß die Statistik offenbar nicht alle Lungenkrebskranken erfassen, da bisher nur etwa $\frac{9}{10}$ der Fälle nur an der Leiche festgestellt wurden. Aus Totenscheinen könne keine verlässliche Krebsstatistik speziell des Lungenkrebses gemacht werden, da viele Fälle, welche nicht zur Sektion kommen, in der Statistik als Tuberkulose, Pleuritis, Lungengangrän usw. erscheinen. Er kommt in Anlehnung an Kikuth zu folgenden Schlüssen. Lungenkrebskrankung bei Chromatarbeitern sind in der Literatur bisher nicht beschrieben. Die 2 in Deutschland am gleichen Ort aufgetretenen Fälle stellen für unser gegenwärtiges Wissen eine auffallende Ausnahme dar. Auch in verschiedenen anderen Fabrikbetrieben sind vereinzelte Lungenkrebskrankungen aufgetreten. Unzweifelhaft haben sich neben der allgemeinen großen Krebshäufigkeit besondere Krebsformen vermehrt, der früher sehr seltene Lungenkrebs bedingt heute an manchen Orten 15% der Krebstodesfälle und bis 1,2% der Gesamttodesfälle. Eine spezielle Ursache für diese Zunahme ist unbekannt, ob sich „chronische Reizzustände der Lunge“ gegen früher in dem Maße vermehrt haben, daß sie die auffallende Lungenkrebszunahme erklären, ist nicht erwiesen. Sicher ist auch hier die verbesserte Diagnose mindestens etwas an der Zunahme

mit schuld. Auch Chromate können, wie viele andere Dinge, als chronische Lungenreize wirken. Es besteht aber zur Zeit kein tatsächlicher Grund zur Beunruhigung hierüber, wohl aber zur Aufmerksamkeit. Eine Nachschrift dieser 1928/29 abgeschlossenen Arbeit erwähnt, daß auch trotz der seither hinzugekommenen Arbeiten von Lukanin über die Chromatpneumokoniose und der Arbeiten von Lorentz seither nichts hervorgekommen sei, was die verschiedenen Hypothesen über die Entstehung des Lungenkrebses sicher begründen würde.

Kalmus (Prag).

Gerz, Karl: Gebißverletzungen und Unfallentschädigung. Bonn: Diss. 1932. 35 S.

Verf. erörtert die Fragen: Art und Schwere der Verletzung, für den Verletzten entstehende Nachteile und vor allem Bedeutung ihrer Beseitigung oder Verminderung durch künstlichen Ersatz. Es folgt eine Symptomatik der Zahn- und Kieferverletzungen durch Unfall, wobei unter Heranziehung von Obergerichtsentscheidungen ihre Beurteilung und vor allem die etwa entstehenden Rentenansprüche ventiliert werden. Letztgenannte können in 2 Fällen als billig erachtet werden: 1. bei entstehenden Defekten im Bereich der Frontzähne bei Jugendlichen, namentlich weiblichen Personen, wenn sie künstlich nicht in vollkommen befriedigender Weise gedeckt werden können; 2. bei nachgewiesener Störung der Verdauung infolge mangelhafter Kaufähigkeit. Eine Arbeitsbeschränkung wird im allgemeinen nur bei wirklich nachweisbaren Verdauungsstörungen infolge größerer Zahnverluste anerkannt werden. Bei ihrer Beurteilung müssen Beruf, Geschlecht, Behinderung des Kauaktes und der Sprache sowie krankhafte Nebenerscheinungen Berücksichtigung finden. Nach einer zusammenfassenden Darstellung der verschiedenen Fragen, die sich im Hinblick auf Gebißverletzungen nach Unfällen ergeben, folgt ein kasuistisches Aktenmaterial.

Schrader (Bonn).

Tanturri, Vincenzo: Considerazioni cliniche e medico-legali sulle fratture nasali. (Klinische und gerichtlich-medizinische Betrachtungen über die Brüche des Nasengerüstes.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 1005—1011 (1931).

Dem Aufsatz liegen Beobachtungen an 50 Fällen traumatischer Läsionen des knöchernen und knorpeligen Nasengerüstes zugrunde. Als Folgen können zurückbleiben Störungen der nasalen Atmung, des Geruchsvermögens, Entstellungen. Verhältnismäßig selten wird die Arbeitsfähigkeit durch solche Folgen von Verletzungen beeinträchtigt, zumal das italienische Unfallgesetz nur die Beeinträchtigung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit ohne Berücksichtigung des Berufes kennt. Es werden geschätzt als Erwerbseinbuße: völliger Verlust der Nasenpyramide 33 %, teilweise 12 %, mit Atmungserschwerung 40 %, einseitige totale Stenose 10 %, doppelte totale Stenose 16 %, 50proz. Verminderung der Nasenatmung 6 %, geheilte Sinusverletzungen 13 %, Anosmie 7 %, Ozaena 30 %. An sich können natürlich einzelne Berufskreise ganz verschieden durch solche Verletzungen geschädigt sein (besonders Schauspieler, Chemiker usw.).

G. Strassmann (Breslau).

Kraas, E.: Die Bedeutung der Spontanfraktur bei der Ostitis deformans Paget in der Unfallbegutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Mschr. Unfallheilk. 39, 400—411 (1932).

Es handelt sich bei der Ostitis deformans Paget (O. d. P.) um eine lokale Erkrankung, die zu einer stärkeren oder schwächeren Verdickung der Compacta und deren charakteristischer Aufblätterung führt; diese findet sich bei der Ostitis fibrosa niemals. Hier entwickelt sich dagegen stets eine Verdünnung der Compacta, die so weit führen kann, daß in ausgeprägten Fällen keine oder nur noch geringe Reste der Compacta vorhanden sind. Auch die Spongiosa zeigt bei beiden Erkrankungen deutliche Unterschiede. Bei der Ostitis fibrosa ist sie verdichtet und feinsporös verändert, bei der Ostitis deformans dagegen ungleichmäßig verändert, zeigt stellenweise Verdickungen, die auf dem Röntgenbild dem Knochen ein grobsträhniges Aussehen verleihen. Der oben erwähnte, durch seine Kalkarmut relativ weiche Knochen, findet sich bei der Ostitis fibrosa nicht. Auch die periostalen Auflagerungen, die sich an den Infraktionen bei der O. d. P. nachweisen lassen, beobachtet man hier nur in höchst geringem Maße.

Nach diesen pathologisch-anatomischen Ausführungen über die O. d. P. und den mit ihr differentialdiagnostisch in enger Beziehung stehenden Erkrankungen wird die Frage erörtert, ob bei der O. d. P. häufiger Spontanfrakturen beobachtet werden. Dies ist für die Unfallbegutachtung naturgemäß von großer Bedeutung, da sie für die Entscheidung über die Entschädigungspflicht ausschlaggebend sein kann. Im Gegensatz zu Ewald konnte Verf. in mehreren Fällen bei echter O. d. P. eine Spontanfraktur beobachten. Liegt ein Knochenbruch vor, so ist bei der Begutachtung häufig nur sehr schwer zu entscheiden, ob der Bruch eine Unfallfolge ist oder ob er vom Unfall unabhängig entstanden ist. Eine Klärung dieser Frage ist nicht immer möglich, da nur in seltenen Ausnahmefällen beweiskräftige Röntgenbilder aus der Zeit vor dem Unfall vorliegen werden. Der Verletzte wird naturgemäß versuchen, einen ihm einleuchtenden äußeren Anlaß für die Entstehung des Knochenbruchs zu finden, und verwechselt dabei Ursache und Folge. — Mitteilung von zwei einschlägigen Beobachtungen, bei denen vor dem Sturz röntgenologisch bereits einwandfrei eine Infraktion festgestellt war. — Der Knochenbruch erfolgte aber bei normaler Belastung, sekundär kam es zum Sturz. Es ist demnach der Sturz die Folge der Fraktur und nicht die Fraktur die Folge des Sturzes. Beim Fehlen eines größeren Traumas muß also eine Spontanfraktur angenommen werden, da erfahrungsgemäß bei der O. d. P. pathologische Frakturen beobachtet werden. Verf. kommt im Gegensatz zu Ewald zu der Ansicht, daß Spontanfrakturen bei der Ostitis deformans nicht sehr selten sind. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch völlig ungeklärt. Unfälle können nach heutiger Ansicht als Ursache der Ostitis deformans bei kritischer Durchprüfung nicht als erwiesen angesehen werden. Die Frage, ob ein Trauma verschlimmernd auf den Krankheitsablauf der Ostitis deformans einwirkt, wird auf Grund eines beobachteten Falles vom Verf. verneint. Der Arbeit sind schöne Röntgenbilder beigegeben.

L. Duschl (Düsseldorf).

Paas, H. R.: Traumatische oder nichttraumatische Schrägteilung der Kniescheibe? Ein Beitrag zur Frage: Patella partita und Unfall. (*Chir. Klin., Bürgerhosp., Univ. Köln.*) Arch. klin. Chir. **171**, 605—617 (1932).

Das häufig einseitige Vorkommen der nicht traumatischen Schrägteilung der Kniescheibe, die funktionell-mechanische Entstehungsmöglichkeit der Patella bipartita, das Entstehen der traumatischen Schrägteilung ohne nennenswerte Beschwerden und die sonst üblichen Symptome erklären den fließenden Übergang zwischen diesen Erkrankungsformen der Kniescheibe und machen die Entscheidung, ob echte Mißbildung oder traumatische Schrägteilung sehr schwierig. Eine primär vorhandene Ossifikationsstörung, direkter Gegendruck des scharfkantigen äußeren Kondylenfirstes und isolierte Zugwirkung des Vastus lateralis verleihen der traumatischen Abtrennung des lateralproximalen Patellarquadranten etwas durchaus gesetzmäßiges und machen sie daher zu einer typischen Verletzung, die mehr als bislang Beachtung verdient und viel häufiger ist als gemeinhin angenommen wird. Es werden 4 Befundmöglichkeiten aufgestellt. Die eigentliche Patella partita mit relativ glatten Spalträndern; keine oder nur geringgradige Dislokation; Symptomlosigkeit. Die Distorsio patellae partitae (Odermatt) als primäre Spaltbildung + Trauma. Die traumatische Ablösung der knochenstruktur-schwachen Zone + Trauma. Es bestehen Kontusionssymptome, stärkere Dislokation, abnorme Beweglichkeit und Crepitation. Mangelnder Callusbildung. Endlich die reine Schrägfraktur einer normalen knochenfesten Patella, die von einem hochgradigen Trauma betroffen wird.

Erlacher (Graz.).^{oo}

Werthmann, Hans: Die Binnenverletzungen des Kniegelenks unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Unfallversicherung auf das Heilergebnis. (*Chir.-Klin., Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.-Höchst.*) Mschr. Unfallheilk. **39**, 456—468 (1932).

Verf. bespricht die einzelnen Formen von Binnenverletzungen des Kniegelenkes mit ihren diagnostischen Merkmalen. Es wird darauf hingewiesen, daß die Differentialdiagnose bis zu ihren letzten Feinheiten wohl nie ausgewertet werden kann, weil die Symptomenkomplexe der verschiedenen Verletzungsarten sich häufig überschneiden

müssen, wenn nicht, was selten der Fall ist, nur eine Verletzung vorliegt. Die Symptome der verschiedenen Binnenverletzungen (Meniscusläsionen, Kreuzbandzerreißen, Knochen- und Knorpelabspaltungen usw.) werden aufgezählt. — Bei allen Binnenverletzungsarten kann nach Abklingen der akuten Erscheinungen völlige Gebrauchsfähigkeit eintreten, doch rezidivieren, besonders bei Beanspruchung und sich ständig wiederholenden Einklemmungen, nicht selten die Ergüsse. Gehen diese, auch auf Ruhigstellung und sonstige entsprechende Behandlung, nicht mehr zurück bzw. füllt sich trotz ausgiebiger Punktion das Gelenk immer wieder, so ist das oft der erste Ausdruck eines irreparablen Dauerschadens. Deformierende Gelenkprozesse, Lockerung des Gelenkgefüges — Wackelgelenk — und Kapselwucherungen sind die unausbleiblichen Folgen. Im folgenden wird dann über 60 operativ versorgte Binnenverletzungen des Kniegelenkes berichtet. Bei 28 handelte es sich um Betriebsunfälle, bei 32 um Privatunfälle. Unter letzteren sollen alle diejenigen Unfälle verstanden sein, die keinen Anspruch auf Rente usw. erheben können. Verf. machte die Beobachtung, daß sämtliche durch Privatunfälle Verletzten erheblich schneller arbeitsfähig wurden als die durch Betriebsunfälle Verletzten. Bei den Nachuntersuchungen stellte sich heraus, daß die Versicherten alle sehr zu klagen hatten, ohne daß ein besonders pathologischer Befund zu erheben war. Die Nichtversicherten dagegen berichteten in der Mehrzahl der Fälle von ihrem völlig gebrauchsfähigen Kniegelenk. Verf. glaubt, eine Entlastung der Berufsgenossenschaften dadurch herbeiführen zu können, daß die Versicherten stets von dem behandelnden Arzt nachuntersucht und begutachtet werden.

L. Duschl (Düsseldorf).

Segre, Giulio: Artriti post-traumatiche della colonna vertebrale. (Posttraumatische Arthritiden der Wirbelsäule.) (*Istit. e Clin. di Pat. Chir., Univ., Torino.*) (*Convegno d. chir. d. Nord Italia, Torino, 28.—30. V. 1932.*) Boll. Soc. piemont. Chir. 2, 1383 bis 1390 (1932).

Der Verf. liefert 2 Beiträge dafür, daß aus geringeren und größeren Verletzungen der Wirbelkörper, der Gelenkflächen, der Bögen, der Platten und der Apophysen häufig deformierende Arthritiden mit Osteophytenbildungen resultieren. Fall 1: Auf eine Verletzung von mäßiger Intensität folgen nach kurzer Zeit Phänomene von intervertebraler Arthritis und von Rarefizierung der Wirbelkörper. Diese sowie die anschließende vollständige Recalcifikation ist analog der Atrophie von Sudeck zu betrachten. Die Pathogenese der Atrophie kann bedingt sein durch die Inaktivität während der 1. Periode der Krankheit bzw. durch nervöse Reflexe bzw. durch entzündliche Erscheinungen der intervertebralen Artikulationen. Der Ausgang besteht in einer Arthritis deformans mit Ausbildung von Osteophyten, wobei die pathologisch-anatomischen Vorgänge nicht die Funktion beeinträchtigen: Nach 2 Jahren besteht volle Arbeitsfähigkeit. — Fall 2: Starke Kontusion der Wirbelkörper 9, 10, 11, 12. Wahrscheinlich ist es zu einer Zerschmetterung des unteren Anteils von 9, des ganzen 10 und des oberen Anteils von 11 gekommen. Später bildet sich eine deformierende Arthritis mit Osteophytenbildung heraus. Die funktionelle Anpassung (15 Monate nach dem Trauma) ist sehr zufriedenstellend. Es besteht ein leichter Grad von Schwäche, bedingt durch die lokalen Schmerzen. Niemals sind Störungen des Markes und der Wurzel aufgetreten.

Kurt Freye (Berlin).^{oo}

Boshamer, K.: Nierensteinbildung und Unfall. (*Chir. Univ.-Klin., Jena.*) Arch. orthop. Chir. 32, 84—95 (1932).

Die Bedeutung der Nierensteinerkrankung als Unfallfolge ist sehr groß, und ihre Kenntnis ist für die Begutachtung von Wichtigkeit. Verf. geht zunächst auf die Steinbildung ein, die nach Nierentrauma mit Blutung um ein Koagulum entsteht, sowie auf Steine, die um Nekrosemassen in einer traumatisch geschädigten Niere entstehen. Er bespricht die verschiedenen Theorien, die für diese Art von Konkrementbildung angeführt werden, insbesondere die Beeinflussung des autonomen Nervensystems. Hier figurieren vor allem die Fälle von Steinbildung nach Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzungen, in deren Gefolge verstärkter Knochenabbau und Kalkresorption eine wesentliche Rolle zur Steinbildung spielen dürften. Ein Gleiches trifft für Konkrementbildung nach Extremitätenfrakturen zu, sowie für langwierige Knochenerterungen. Schließlich wird noch auf die Konkrementbildung eingegangen, die nach Becken-

brüchen mit Blasen- oder Harnröhrenverletzungen sich ausbilden können. Hier ist stets die Prostatitis und Cystitis zu berücksichtigen, die zur reflektorischen Harnleiteratonie mit Infektion der oberen Harnwege führen kann. In der Begutachtung all dieser Fälle muß individuell vorgegangen werden, feststehende Zahlen für die Höhe der Erwerbsverminderung lassen sich kaum aufstellen. *O. A. Schwarz* (Berlin).^{oo}

Volkman, Joh.: Über posttraumatische Nierensteine und ihre Begutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.*) Arch. klin. Chir. **171**, 86—108 (1932).

Die Arbeit läßt gleich den Fällen in der Praxis erkennen, wie schwer es bei der Begutachtung ist, mit eindeutiger Beweiskraft ein Trauma für die Entstehung von Nierensteinen verantwortlich zu machen. An Hand eigener Beobachtungen und den Angaben von 80 Fällen des Schrifttums wird eine Einteilung der Nierensteine unter Berücksichtigung der Ätiologie gegeben, in welche jedoch die Fälle einzugliedern weitgehender Spielraum für den Gutachter bleibt. *Heinz Strauss* (Bad Wildungen).

Nudelman, Santiago I.: Über traumatische Appendicitis. *Semana méd.* **1932 II**, 618—621 (1932) [Spanisch].

Tierexperiment und klinische Beobachtung beweisen die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis bei einer gesunden Person. Das Trauma schafft in dem geschädigten Wurmfortsatz einen Locus minoris resistentiae, in dem schon vorhandene oder eindringende Keime günstige Entwicklungsbedingungen finden. Erst recht kann dieser Prozeß bei Personen eintreten, die schon früher Erkrankungen der Appendix durchgemacht haben und bei denen das Trauma, der Stoß, die Quetschung u. ä., die bestehenden Läsionen aktiviert. Daraus ergibt sich, daß einerseits die Kontusionen, Blutergüsse, Zerreißen der Appendixwand als primäre Störungen, andererseits die Verwachsungen, Ulcerationen als sekundäre Störungen, Faktoren sind, die den Zusammenhang zwischen dem Trauma und dem — vorher gesunden oder nichtgesunden — Organ beweisen. Aus dieser Auffassung muß der ärztliche Gutachter die Folgerungen ziehen und dem Erkrankten die ihm gesetzlich bei Unfallfolgen zustehenden Entschädigungen zubilligen.

Lanke (Leipzig).

Daubenspeck, K.: „Appendicitis und Trauma“, ein kasuistischer Beitrag. (*Chir. Abt., Marienhosp., Brühl b. Köln.*) Zbl. Chir. **1932**, 2343—2344.

19jähriges Mädchen. Mit Wäschekorb bei Glatteis ausgeglitten und auf Gesäß und Hinterkopf gefallen. Nach $\frac{3}{4}$ Stunde begannen Leibschmerzen, die sich verschlimmerten, so daß nach 2 Tagen die Aufnahme erfolgte. Vor 8 Jahren anderwärts wegen perforierter Appendicitis operiert, Appendix nicht entfernt, Bauchbruch. Wegen starker Druckempfindlichkeit in der Coecumgegend Operation, die einen Absceß mit einem haselnußgroßen Kotstein ergibt. 2 Monate später Appendektomie à froid, wobei sich der Wurm in seinem distalen Drittel kastaniengroß aufgetrieben findet; er enthält einen erbsengroßen Kotstein. Am Übergang zum schlankeren Teil ist die Narbe der alten Perforationsstelle sichtbar.

Es handelt sich um die Perforation eines Kotsteines aus einer durch eine alte Appendicitis in Narben eingehüllten Appendix infolge Sturz auf das Gesäß. Die Patientin war vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig; unmittelbar nach dem Unfall setzten die Schmerzen ein. Es handelt sich demnach um die durch einen Unfall herbeigeführte Verschlimmerung eines alten Leidens. Wegen vollkommener Beschwerdefreiheit verzichtete die Patientin auf die Rente. *Colmers* (München).^o

Gerichtliche Psychiatrie.

Ziervogel, Käte: Untersuchungen an Alkoholikern über die Bedeutung des Blutbildes, insbesondere der Basophilie in der Differentialdiagnostik der Bleischädigung. (*Gewerbehyg. Abt., Hyg. Inst., Univ. Leipzig.*) Fol. haemat. (Lpz.) **48**, 67—89 (1932).

Die Untersuchungen beziehen sich auf 50 Alkoholiker, von denen 38 chronische Potatoren waren und 12 mit akutem Rausch eingeliefert wurden. In 44 Fällen (88%) waren basophil punktierte Erythrocyten über die Grenzzahl hinaus, die man auf Alkoholwirkung beziehen könnte, nicht vorhanden, während 6 Fälle (12%) punktierte Erythrocyten über das normale Maß aufwiesen. Bei 3 von diesen Fällen wurde dies auf extrem hohe Alkoholmengen zurückgeführt, die sowohl für den gewöhnlichen chronischen wie für den nichtgewöhnlichen akut Berauschten eine stärkste Intoxikation dar-